

University of Groningen

Ontvluchting of ongeoorloofde afwezigheid

Jessen, Johannes Leonardus

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1967

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Jessen, J. L. (1967). *Ontvluchting of ongeoorloofde afwezigheid*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

S A M E N V A T T I N G

De maatschappelijke verontrusting over het grote aantal ontsnappingen van delinquenten in ons land betreft vooral de ontvluchtingen van terbeschikkinggestelden, die veelal worden verpleegd in minder gesloten inrichtingen. Men veronderstelt dat tijdens de ontvluchtingen vele delicten worden gepleegd, en vooral het feit dat sommige patiënten er in slagen herhaaldelijk weg te lopen wekt grote wrevel. (Hoofdstuk 1)

Pas in de laatste jaren verschenen de eerste systematische studies op het terrein van de ontvluchting.

De meeste onderzoekers verzuimden hun object van onderzoek nauwkeurig te definiëren, of hielden zich niet aan de door henzelf gegeven omschrijving. Zo stelden verschillende auteurs dat het voor een ontvluchting voldoende is dat de betrokkene er in slaagt zonder toestemming zijn vrijheid te hernemen, terwijl uit hun onderzoek blijkt dat zij toch ook rekening hielden met de vermoedelijke bedoelingen van de afwezige delinquent. Hoe zij deze intenties vaststelden werd door geen der bedoelde auteurs besproken. Met name de duur van de afwezigheid speelde daarbij waarschijnlijk een grote rol. Dit gold vooral wanneer de betrokkene niet tijdig terugkeerde van een hem tijdelijk verleend verlof.

De meeste onderzoekers deden een poging verschillen op te sporen tussen ontvluchte en niet-ontvluchte delinquenten. Enerzijds werd daarbij, op één uitzondering na, nagelaten de samenhang tussen die variabelen waarvoor verschillen werden gevonden nader te onderzoeken, anderzijds werd onvoldoende rekening gehouden met het feit dat de onderzoeksresultaten vooral betrekking hadden op verschillen tussen delinquenten voor wie de inrichtingen al dan niet ontvluchtingen hadden geregistreerd, c. q. gemeld.

De resultaten van de verschillende onderzoeken stemmen weinig overeen. Enerzijds kan dit een gevolg zijn van een ander beleid in de afzonderlijke in-

richtingen bij het registreren en/of melden van ontvluchtingen, anderzijds speelt hierbij een rol dat de situatie van de onderzochte personen van onderzoek tot onderzoek verschilde. Zo werd met name de invloed van de bewegingsvrijheid die de delinquenten genoten te weinig in het onderzoek betrokken. (Hoofdstuk 2)

Hoe moeilijk het is de ontvluchting operationeel te definiëren illustreerden wij aan de hand van een aantal voorbeelden, waarbij patiënten betrokken waren uit de Van der Hoeven-kliniek te Utrecht, een kliniek voor de behandeling van psychisch gestoorde delinquenten. Met name bleek het niet goed mogelijk rekening te houden met de bedoelingen van de patiënten, terwijl tevens werd aangetoond dat een onderscheid, gebaseerd op de wijze waarop de afwezigheid ontstond (vanuit de inrichting zelf, of vanuit een verleend kort verlof) niet zinvol is. Ook een aantal patiënten die zonder toestemming de inrichting verlieten had klaarblijkelijk niet de bedoeling zich aan de verpleging te onttrekken.

Met deze laatste uitdrukking refereerden wij aan instructies betreffende het melden van ontvluchtingen van terbeschikkinggestelden die niet tijdig van een kort verlof of van werk buiten de inrichting terugkeren. Hun afwezigheid moet, anders dan die van patiënten die de inrichting zonder toestemming verlaten of zich onttrekken aan het toezicht bij een begeleid verlof, pas worden gemeld wanneer kan worden aangenomen dat zij zich aan de verpleging onttrekken. Maar ook de operationalisering van deze laatste uitdrukking leverde weer zoveel moeilijkheden op dat wij besloten in ons eigen onderzoek uit te gaan van de Ongeoorloofde Afwezigheid (OA). Hieronder verstaan wij elke afwezigheid van een patiënt, die een gevolg is van een verlaten van de inrichting zonder toestemming, ofwel van een niet tijdig terugkeren van een verlof tot tijdelijk verblijf buiten de inrichting, danwel een zich niet houden aan de overeengekomen of aangewezen verblijfplaats bij een dergelijk verlof.

Omdat wij niet beschikten over gegevens over de Ongeoorloofde Afwezigheid van patiënten uit andere inrichtingen hebben wij ons onderzoek beperkt tot één inrichting, de Van der Hoeven-kliniek, waarin wij de benodigde gegevens zelf verzamelden.

Naar aanleiding van de resultaten van een eerste, oriënterend onderzoek in 1955 en 1956 maakten wij daarbij onderscheid tussen de Korte en de Lange Ongeoorloofde Afwezigheid (KOA en LOA). Tot de eerste rekenden wij die gebeurtenissen waarbij nog dezelfde dag een einde kwam aan de OA, tot de laatste die welke tenminste één dag duurden. Vooral op grond van het feit dat wij in deze eerste twee jaren constateerden dat degenen die ooit LOA waren vanuit de

kliniek ook vroeger al vaker waren weggelopen, terwijl dit niet gold met betrekking tot de KOA, meenden wij dat het zinvol was te stellen dat - althans in ons onderzoek - de LOA een goede operationalisering zou zijn van de ontvluchting.

Bovendien bleek ons dat de spreiding van de KOA en de LOA over beide jaren verschillen vertoonde. Zo was t.o.v. 1955 de KOA in 1956 meer genomen dan de LOA, terwijl de KOA bovendien vaker vanuit de kliniek was ontstaan dan de LOA.

Wij besloten twee hypothesen te toetsen:

- 1) Er is een significant verschil tussen de KOA en de LOA, in relatie met een aantal van de overige aspecten van de Ongeoorloofde Afwezigheid (de spreiding van de OA), en
- 2) Vergelijking van patiënten die LOA waren met patiënten die nooit LOA waren zal significante verschillen te zien geven met betrekking tot een aantal kenmerken van de patiënten, in het bijzonder hun ontvluchtingsanamnese. Dergelijke verschillen zullen niet gevonden worden bij een vergelijking van een KOA- en een Niet-KOA-groep. (Hoofdstuk 3)

In het tweede deel van deze studie is verslag gedaan van het onderzoek naar de spreiding van de Ongeoorloofde Afwezigheid in de jaren 1955 tot en met 1960.

In hoofdstuk 4 werd een beschrijving gegeven van de Van der Hoeven-kliniek, zijn structuur en organisatie.

In hoofdstuk 5 gaven wij een overzicht van de gegevens die bij iedere Ongeoorloofde Afwezigheid werden verzameld.

In hoofdstuk 6 werd zo uitvoerig mogelijk verslag gedaan van de resultaten van dit deel van ons onderzoek, met name omdat dergelijke gegevens voor soortgelijke inrichtingen vrijwel geheel en al ontbreken.

Op de eerste plaats viel op dat de spreiding van de Ongeoorloofde Afwezigheid over de jaren 1955 tot en met 1960 veel regelmatigiger was voor de LOA dan voor de KOA. Dit betrof niet alleen de verdeling van de OA's over de jaren, maar ook het aantal patiënten dat hier jaarlijks bij betrokken was (tabellen 6.5. en 6.6.). Wij zagen met name hierin een aanwijzing voor de juistheid van onze veronderstelling dat er een wezenlijk verschil zou bestaan tussen de KOA en de LOA, in dien zin dat de laatste meer afhankelijk zou zijn van kenmerken van de patiënten, de eerste meer van situationele momenten.

Een tweede belangrijk verschil had betrekking op de wijze van ontstaan.

De KOA ontstond vaker vanuit de kliniek dan de LOA (tabel 6.19.) Een dergelijk verschil als tussen de KOA en de LOA werd niet gevonden bij een vergelijking van LOA's van verschillende duur. (tabel 6.33.)

Aan het eind van dit hoofdstuk werd nog een overzicht gegeven van de gebleken criminaliteit tijdens de Ongeoorloofde Afwezigheid. Deze was aanzienlijk geringer dan in de door ons geciteerde studies. Dit is begrijpelijk gezien het feit dat het vooral gedurende de langer durende OA is dat delicten worden gepleegd. Wij zagen hierin een bevestiging van ons vermoeden dat vele van de korter durende OA's door de genoemde auteurs of door de inrichtingen niet als ontvluchtingen zijn opgevat.

Zoals uit tabel 6.71. bleek werd bij slechts 1% van de KOA's, bij bijna 10% van de LOA's die ten hoogste 13 dagen duurden, en bij 47% van de LOA's die langer duurden tenminste één proces-verbaal opgemaakt. Bovendien nam het aantal processen-verbaal toe met de duur van de Ongeoorloofde Afwezigheid.

In tegenstelling tot wat men op grond van de aandacht welke berichten over ernstige delicten trekken wellicht zou verwachten kwamen delicten tegen de zeden of tegen leven of persoon bijzonder weinig voor. Het merendeel van de processen-verbaal (93%) werd opgemaakt wegens vermogensdelicten. Slechts 4 processen-verbaal werden opgemaakt wegens delicten tegen de zeden (2.5%) en 2 wegens mishandeling (1%). Gaan wij uit van het aantal OA's dan zijn deze laatste percentages 6% en 3%.

In het derde deel van onze studie werd het verband onderzocht tussen de KOA en de LOA en een aantal kenmerken van de patiënten.

Allereerst werd een overzicht gegeven van de gekozen variabelen. Wij waren daarbij aangewezen op de bestaande bronnen, hetgeen onze keuze aanzienlijk beperkte. Een aantal gegevens, met name over de persoonlijkheid van de betrokkenen, kon daardoor niet in het onderzoek worden opgenomen. Bij het overzicht van de variabelen werden tevens de voornaamste onderzoeksresultaten van de besproken studies vermeld. Wij beperkten ons daarbij zoveel mogelijk tot een vermelding van de uitkomsten en de door de auteurs zelf gegeven interpretaties. Het leek ons weinig zinvol ook zelf tot interpretaties en verklaringen over te gaan omdat over de samenhang van de variabelen te weinig bekend was. (Hoofdstuk 7)

Vervolgens toetsten wij onze tweede hypothese. Allereerst werden de patiënten daartoe verdeeld over drie onderzoeksgroepen op basis van de langste, gedurende hun verblijf in de kliniek voorgekomen Ongeoorloofde Afwezigheid.

De eerste groep werd gevormd door patiënten die nooit LOA waren, de tweede en de derde door die patiënten die resp. ten hoogste 13 dagen, of 14 dagen of langer OA waren. Verondersteld werd dat de percentages van de door ons als ongunstig beschouwde sub-categorieën binnen de variabelen voor deze drie onderzoeksgroepen een systematisch verloop zouden hebben. Wij toetsten onze nul-hypothese daarom met een toets tegen het verloop van kansen, de toets van Terpstra. Vervolgens werden de laatste twee onderzoeksgroepen samgetrokken tot één LOA-groep, die werd vergeleken met de Niet-LOA-groep. De nul-hypothese werd nu getoetst met behulp van de χ^2 -toets. Tenslotte werden de patiënten verdeeld in een KOA-groep en een Niet-KOA-groep, waarbij de nul-hypothese opnieuw werd getoetst met behulp van de χ^2 -toets.

Voor de KOA kon de hypothese slechts verworpen worden voor vier variabelen (waaronder geen enkele ontvluchtings-variabele). Voor de overige 50 werden geen verschillen gevonden.

Voor de LOA werd de hypothese verworpen voor 29 variabelen middels de toets van Terpstra, en voor 28 variabelen middels de χ^2 -toets. In totaal werd de nul-hypothese verworpen voor 30 van de 54 variabelen.

Wij achtten hiermee onze tweede hypothese ondersteund: er is wel verschil bij een vergelijking van patiënten die al dan niet LOA waren, terwijl bij een vergelijking van de beide KOA-groepen vrijwel geen verschillen werden gevonden.

Wij deden vervolgens een poging predictors te vinden voor de LOA. Wij gingen daarbij uit van de 30 variabelen waarvoor een significant verschil was gevonden bij een vergelijking van de LOA- en de Niet-LOA-groepen. Voor al deze variabelen en het criterium, de LOA, werden de intercorrelaties berekend, waarna een factor-analyse werd uitgevoerd. Na rotatie werden de volgende zes factoren gevonden:

- Factor I : Langdurig verblijf in inrichtingen.
- Factor II : Continuïteit van de behandeling in de kliniek.
- Factor III : Maatschappelijk gedrag van de ouders.
- Factor IV : Inrichtingsverblijf begonnen op jeugdige leeftijd.
- Factor V : Recidivisme.
- Factor VI : Maatschappelijk gedrag van broers en/of zusters.

Deze zes factoren verklaarden tezamen bijna 50% van de totale variantie tussen de variabelen en het criterium, en 36.2% van de totale variantie binnen het criterium.

Om een duidelijker beeld te krijgen van de betekenis van de variabelen binnen de afzonderlijke factoren werd gebruik gemaakt van partiële correlatie-

rekening. Na analyse van een aantal clusters werd tenslotte een viertal variabelen gekozen, die tezamen 27.8% van de variantie binnen het criterium verklaarden. Deze variabelen, en hun vereenvoudigde b-gewichten waren:

leeftijd bij eerste terbeschikkingstelling	(b-gewicht : 32)
veroordeeld wegens vermogensdelicten	(b-gewicht : 22)
ontvlucht na het 17e jaar	(b-gewicht : 19)
van huis weggelopen	(b-gewicht : 17)

Met behulp van de berekende (vereenvoudigde) b-gewichten werd voor elk van de 191 mannelijke patiënten een totaal-score berekend, waarna de patiënten zo goed mogelijk werden verdeeld over vier klassen. Een vergelijking van patiënten uit de LOA- en de Niet-LOA-groep leverde aan correlatiecoëfficiënt op van .533. Bij een vergelijking van de KOA- en de Niet-KOA-groep bedroeg de r slechts .158.

Wanneer bij de eerste vergelijking de verblijfsduur en het al dan niet KOA-zijn onder controle werd gehouden daalde de r tot .493. Bij het onder controle houden van verblijfsduur en het al dan niet LOA-zijn steeg de r in het tweede geval tot .166. (hoofdstuk 8)

Tenslotte toetsten wij de hypothese dat met behulp van deze vier predictors voor een nieuwe groep patiënten uit de kliniek, opgenomen in de jaren 1960 tot en met 1964, wel een voorspelling mogelijk zou zijn met betrekking tot het vóórkomen van een LOA, en niet met betrekking tot het vóórkomen van een KOA.

Voor wat de score-verdeling betreft stelden wij vast dat er geen verschil bestond tussen de 68 patiënten uit dit tweede en de 191 patiënten uit het eerste onderzoek, terwijl in beide onderzoeken evenveel patiënten betrokken waren zowel bij een LOA, als bij een KOA. Daarbij werd overigens geconstateerd dat de KOA opnieuw minder stabiel was dan de LOA.

Bij een vergelijking van de LOA- en de Niet-LOA-groep in dit tweede onderzoek werd een significant verschil gevonden ($r = .365$, $p < .01$). Dit was niet het geval bij een vergelijking van de beide KOA-groepen ($r = -.003$).

De hypothese, dat er geen verschil zou bestaan tussen de KOA en de LOA, achtten wij daarmee opnieuw verworpen. (Hoofdstuk 9)

S U M M A R Y

Public concern about the large number of escapes by delinquents in The Netherlands particularly concerns the breaks made by the delinquents committed to the care of the government, who are often nursed in more open institutions. It is generally surmised that during the escapes many crimes are committed, and especially the fact that some patients succeed repeatedly in running away arouses great concern. (Chapter I)

Only during recent years have the first systematic studies in the field of absconding appeared.

Most investigators neglected a narrow definition of their object of research, or did not limit themselves to their own description. Thus various authors suggested that the fact that the person concerned contrived to regain his freedom without permission is enough to be named an escape, while it was apparent from their research that they nevertheless took the possible intentions of the absent delinquent into account as well. None of the authors indicated discussed how they examined these intentions. Probably the length of absence played an especially serious part in it. This was particularly applicable in cases where the person concerned did not return on time from the absence temporarily permitted him.

Most researchers tried to discover the difference between the absconding and the non-absconding delinquents. On the one hand, but for one exception, they here neglected closer examination of the connection between those variables for which differences were found, while on the other hand insufficient consideration was given to the fact that the research results were particularly concerned with differences between delinquents for whom the institutions had - or had not - registered or recorded escapes.

The results of the various investigations arrive at little agreement. On the one hand this may be due to different management in the individual institutions in

the registration and/or recording of escapes, on the other hand the various circumstances of the persons examined from investigation to investigation also play a part in this. Thus in particular the influence of freedom of movement enjoyed by the delinquents was given too little attention in the research. (Chapter II).

We have illustrated how difficult it is to define absconding operationally by using a number of examples concerning patients from the Van Der Hoeven Clinic at Utrecht, a clinic for the treatment of mentally disturbed delinquents. Specifically, it became apparent that it was not easily possible to take the patients' intentions into account, while it became clear moreover that a differentiation based on the nature of the origin of the absence (either from the institute itself or from brief authorised leave) was not meaningful. Moreover, a number of patients who left the institution without permission clearly had no intention of withdrawing from treatment. This latter expression refers to instructions concerning reporting of escapes by the delinquents committed to the care of the government, who did not return on time from short leaves or from work outside the institution. Their absence, in contradistinction to that of patients who leave the institution without permission or withdraw from supervision during accompanied leave, must only be recorded when it can be assumed that they have withdrawn from treatment.

However, the operationalization of this latter term also caused so many difficulties that we decided to base our own research on the OA ("Ongeoorloofde Afwezigheid", i. e. unauthorised absence). By this we mean any absence of the patient which results from leaving an institution without permission, whether it consists of not returning on time from leave to stay outside the institution temporarily, or not keeping to the agreed or appointed domicile during such leave.

As we do not have data at our disposal concerning the unauthorised absence patients from other institutions, we have limited our research to one institution, the Van Der Hoeven Clinic, where we collected the necessary data ourselves.

Owing to the results of an initial orientating investigation in 1955 and 1956, we have here differentiated between the short and the long unauthorised absence. Among the former we counted such occurrences as those where the OA terminated on the same day, among the latter such as lasted at least one day. Especially on the basis of the fact that during these first two years we noted that those who had ever been LOA (long absence without authorization) from the clinic had also repeatedly run away previously, whereas this was not valid where KOA (short absence without authorization) was concerned, we believed that it was meaningful - at least in our research - to use LOA as a good operationalization of the

escape.

Moreover, it became apparent to us that the spread of KOA and LOA during both years showed differences. Thus, with regard to 1955 KOA increased in 1956 more than LOA, while KOA moreover originated more frequently from the clinic than LOA.

We decided to test who hypotheses:

1. There is a significant difference between KOA and LOA in relation to a number of the other aspects of unauthorized absence (the spread of OA), and
2. Comparison of patients who were LOA to patients who were never LOA will show significant differences in connection with a number of characteristics of the patients, particularly their absconding anamnesis. Such differences will not be found in a comparison of a KOA - and a Non-KOA-group (Chapter III).

The second part of this study reports on the investigation of the spread of unauthorized absence during the years 1955 until and including 1960.

Chapter IV describes the Van Der Hoeven Clinic; its structure and organization. In Chapter V we recorded a survey of the data collected at each unauthorized absence.

Chapter VI records as extensively as possible the results of this part of our research, particularly as such data for similar institutions are almost entirely lacking.

In the first place it became clear that the spread of unauthorized absence over the years 1955 until and including 1960 was far more regular for LOA than for KOA. This not only concerned the division of the OA's over the years, but also the number of patients annually concerned in this (tables 6.5. and 6.6.). We considered this particularly as an indication for the accuracy of our supposition that an actual difference existed between KOA and LOA, in the sense that the latter supposedly depended more upon characteristics of the patients, while the former on given circumstances.

A second important difference concerned the manner of origin. KOA originated more frequently from the clinic than LOA (table 6.19.). A difference similar to that between KOA and LOA was not found in a comparison of LOA's of varying duration.

The end of this chapter also gives a summary of the proved criminality during unauthorized absence. This was considerably less than in the studies cited by us. This is understandable considering the fact that it is especially during

more extended unauthorized absence that crimes are committed. We considered this a confirmation of our surmise that many of the briefer unauthorized absences were not considered as escapes by the authors mentioned, or by the institutions.

As was apparent in table 6.71., at least one police-report was prepared in only 1% of the KOA's, in almost 10% of the LOA's of a maximum duration of 13 days, and in 47% of the LOA's of longer duration. Moreover the number of police-reports increased according to the length of the unauthorized absence.

Contrary to what one might expect on the basis of the attention which serious crimes attract, offences against morals, life or person occurred extraordinarily infrequently. The majority of police-reports (93%) resulted from offences against property. Only 4 police-reports were made for moral crimes (2.5%) and 2 for maltreatment (1%). If based on the number of OA's these latter percentages are 6% and 3%.

The third part of our investigation examines the link between KOA and LOA and a number of the patients' characteristics.

First a survey of the chosen variables is given. In this we were confined to the existing sources, which considerably limited our choice. Hence a number of data, particularly concerning the personality of those concerned, could not be contained in the research. In the survey of the variables the most important investigation results of the studies discussed were also mentioned. In this we confined ourselves as far as possible to mentioning the results and the interpretations given by the authors themselves. It did not seem worthwhile to us personally to go into interpretation and explanation as well, as too little is known about the connection of the variables (Chapter VII).

Then we tested our second hypothesis. Initially the patients were divided into three research groups to this end, on the basis of the longest unauthorized absence during their stay at the clinic. The first group was made up of patients who had never been LOA, the second and third by patients who, respectively, had been either maximally 13 days absent without authorization or 14 days or longer. It was presupposed that the percentages of sub-categories within the variables, which were considered unfavourable, would increase per group. Hence we tested our null hypothesis with a test for linear trends in proportions, the Terpstra test. Then the latter two groups were amalgamated to one LOA-group, which was compared to the non-LOA-group. Next the null hypothesis was tested by the χ^2 -test. Finally the patients were divided into a KOA-group and a Non-KOA-group, for which the null hypothesis was again tested by use of

the χ^2 -test.

For KOA the hypothesis could only be rejected in the case of four variables (amongst which there was no absention variable). No differences were found for the other fifty.

For LOA the hypothesis was rejected in the case of 29 variables by means of the Terpstra test, and for 28 variables by means of the χ^2 -test. In total the null hypothesis was rejected for 30 of the 54 variables.

We consider this as support for our second hypothesis: there is definitely a difference in the comparison of patients whether they were LOA or not, while the comparison of both KOA-groups showed almost no differences.

Then we attempted finding predictors for LOA cases. In this we based our assumptions on the 30 variables for which a significant difference had been found when comparing the LOA and the Non-LOA-groups. The intercorrelations were calculated for all of these variables and the criterium, LOA, after which the material was factoranalysed. After rotation the following six factors were found:

- | | | |
|----------|---|---|
| Factor I | : | Extended stay in institutions |
| " II | : | Continuity of treatment in the clinic |
| " III | : | Social behaviour by the parents |
| " IV | : | Institutional detention started at an early age |
| " V | : | Recidivism |
| " VI | : | Social behaviour by brothers and/or sisters |

These six factors taken together explain almost 50% of the entire variance between the variables and the criterium, and 36.2% of the entire variance within the criterium.

In order to gain a picture of the meaning of the variables within the individual factors, use was made of partial correlations. After analysis of a number of clusters, finally four variables were chosen which together explained 27.8% of the variance within the criterium.

These variables and their simplified b-weights were:

age of first commitment to the care of the government	(b-weight: 32)
convicted on offences against property	(" " : 22)
absconded after the 17th year	(" " : 19)
absconded from home	(" " : 17)

With use of the calculated (simplified) b-weights a total score was calculated for each of the 191 male patients, after which the patients were divided into four classes as adequately as possible. Comparison of patients from the LOA-

and the Non-LOA-group gives a correlation coefficient of .533.

In the comparison of the KOA and the Non-KOA-group the r amounted to merely .158.

When on the first comparison the duration of stay in the clinic and being KOA were used as test variables, the r decreased to .493. When keeping constant the duration of stay and being LOA the r increased in the second case to .166 (Chapter VIII).

Finally we tested the hypothesis that, with the help of these four predictors for a new group of patients from the clinic, admitted during the years 1960 until and including 1964, it would indeed be possible to predict the occurrence of LOA, and not the occurrence of KOA.

Regarding the spread of the patients over the four classes of scores, we concluded that there was no difference between the 68 patients from this second investigation and the 191 patients of the first, while the same percentage of patients in both investigations was OA, both in the case of LOA and KOA. At the same time we noticed that KOA was again less stable than LOA.

In this second investigation a significant difference was found when comparing the LOA- and the Non-LOA-group ($r = .365$, $p < .01$). This was not the case when comparing both KOA groups ($r = -.003$).

The hypothesis that there would be no difference between KOA and LOA we therefore consider rejected once again (Chapter IX).